



BEILAGE ZUR FACHZEITSCHRIFT SOZIALE SICHERHEIT
ERSTELLT DURCH DAS INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN IHS HealthEcon
Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Health System Watch



Europa in Bewegung: Qualität im niedergelassenen Bereich

Thomas Czypionka, Monika Riedel, Gerald Röhring*

Zusammenfassung

In Zeiten von Kostendämpfungsprogrammen und globalen Leistungsvergleichen stellt sich zunehmend die Frage nach der Qualität in unseren Gesundheitssystemen. Während für den stationären Bereich bereits eine Vielzahl von Qualitätssicherungssystemen existiert und Qualitätsmanagement ein gängiger Begriff ist, kam im niedergelassenen Bereich erst in den letzten Jahren Bewegung in die Qualitätsdiskussion. Bestehende Systeme für Krankenhäuser haben mittlerweile Adaptionen auch an den niedergelassenen Bereich erhalten, und es wurden spezielle Systeme entwickelt, um Qualitätsmanagement auch für Praxen zugänglich zu machen. Im vorliegenden Health System Watch stellen wir gleichsam allen Ausgaben dieses Jahres eine Einführung in das Thema Qualitätsmanagement voran und widmen uns in Folge den bereits existierenden Systemen des Qualitätsmanagements im Gesundheitsbereich mit Schwerpunkt auf dem niedergelassenen Bereich.

Einleitung

In den letzten fünfzehn Jahren hat die Diskussion um die Qualität im Gesundheitswesen bedeutend an Fahrt gewonnen. Auf europäischer Ebene hat zum Beispiel der Europarat eine wegweisende Empfehlung¹ zur Schaffung von Leitlinien für die optimale medizinische Praxis herausgegeben. Im Jahr 2005 wurde unter der luxemburgischen EU-Ratspräsidentschaft die „Luxemburg-Deklaration zur Patientensicherheit“ erarbeitet.² Sie sieht beispielsweise die Etablierung von Gesundheitsindikatoren, Leitlinien und Riskmanagement vor, aber auch die Einrichtung von Institutionen auf verschiedenen Ebenen, die sich mit der Patientensicherheit im weitesten Sinne befassen. Besonders hilfreich erscheint dabei die Bemerkung, von einer „blame and shame“-Haltung bei Qualitätsproblemen abzugehen und das Lernen aus Fehlern in den Vordergrund zu stellen. Gerade erst im Jänner 2006 ist eine Eurobarometerumfrage erschienen, die die Wahrnehmung medizinischer Fehler in der Bevölkerung der Mitgliedsstaaten erhoben hat.³ Die Bevölkerung in den meisten EU-Ländern (Durchschnitt 74 Prozent) erkennt in medizinischen Fehlern ein wichtiges Problem. Durchschnittlich 47 Prozent der Befragten meinen, man müsse sich als KrankenhauspatientIn diesbezüglich Sorgen machen, wobei die Streuung sehr hoch ist: Während dies in Finnland nur 20 Prozent angeben, sind in Estland 75 Prozent dieser Meinung. Jedenfalls bedarf es in der Tat einigen Mutes, sowohl von Patientenseite als auch von ärztlicher Seite, sich des Fehlerpotenzials im Gesundheitswesen bewusst zu werden. Mit einem solchen Bewusstsein werden jedoch konstruktive Verbesserungen erst möglich.

Aufgrund der Aktualität und Bedeutung der Thematik werden wir uns in allen vier Ausgaben des Health System Watch dieses Jahres mit dem Thema der Qualität befassen. Dieser breitere Ansatz ermöglicht es, zunächst in der vorliegenden ersten Ausgabe eine Einführung in das Thema Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS) zu geben, sodass den LeserInnen der Zugang zu dieser sehr aktuellen Thematik eröffnet wird. Darauf aufbauend werden wir einige gängige Systeme

* Alle: Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-126, E-Mail: riedel@ihs.ac.at.
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>

- 1 Empfehlung Rec (2001) 13 des Europarates und erläuterndes Memorandum – deutschsprachige Ausgabe. Bern, Köln, Wien 2002.
- 2 Online im Internet: URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf [Stand: 15.03.2006].
- 3 Eurobarometer Spezial 241: Medical Errors. Online im Internet: URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf [Stand: 15.03.2006].





Qualität – was ist das eigentlich?

der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen vorstellen, die europaweit zunehmend auch im niedergelassenen Bereich Verwendung finden. In den weiteren Ausgaben werden wir dann unter anderem einen aktuellen Überblick über die QS-Bemühungen im niedergelassenen Bereich in Österreich und Europa geben und uns genauer mit der Thematik von Qualitätsindikatoren, Leitlinien, Benchmarking und Disease-Management befassen.

Qualität – was ist das eigentlich?

Auf den ersten Blick erscheint einleuchtend, was mit dem Begriff Qualität⁴ gemeint ist. Bei näherer Betrachtung wird jedoch klar, dass Qualität mehrere Dimensionen und Eigenschaften besitzt.

Die Internationale Normungsorganisation ISO definiert Qualität als die „Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“. Gemeint ist in diesem Zusammenhang also eine Fülle von einzelnen Faktoren, die gegebenenfalls überprüft und verbessert werden können. Außerdem weist uns diese Definition darauf hin, dass Qualität nur in Hinblick auf eine bestimmte Vorgabe existiert, und sie impliziert, dass Qualität nicht absolut ist, sondern sich auf einer Skala von Werten bewegt. Die „vorausgesetzten Erfordernisse“ sind gegenwärtig im Gesundheitsbereich nicht verbindlich festgelegt, sie können aber für das Gesundheitswesen zunächst ganz allgemein aus den eigentlichen Zielen abgeleitet werden, nämlich Gesundheit zu fördern und wiederherzustellen. Eine einheitliche Definition davon, was Qualität im Gesundheitswesen tatsächlich ist, kann zunächst nur allgemein formuliert werden und muss am einzelnen Beispiel konkretisiert werden. Avedis Donabedian, einer der Ersten, der sich mit Qualität im Gesundheitswesen befasst hat, drückt dies so aus:

„Qualität ist das Maß der Übereinstimmung zwischen dem Behandlungsergebnis und den zuvor formulierten Zielen guter Behandlung.“⁵ Wie wir später auch bei der Diskussion um Leitlinien sehen werden, sind Ziele guter Behandlung keineswegs einheitlich definiert.

Nach Donabedian wird außerdem zwischen drei Dimensionen der Qualität unterschieden:

Strukturqualität betrifft die technische und personelle Ausstattung, die Infrastruktur etc.. Unter **Prozessqualität** wird die Qualität der Abläufe verstanden, die **Ergebnisqualität** betrifft das Resultat der Prozesse. Diese Unterscheidung hat durchaus praktischen Nutzen, denn die meist im Vordergrund stehende Ergebnisqualität ist abhängig von den beiden anderen Qualitätsdimensionen, an denen gegebenenfalls Maßnahmen ansetzen müssen.

Unter Qualitätsmanagement (QM) versteht ISO alle aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. Grundelemente des QM werden später ausführlicher beschrieben.

Der Begriff **Qualitätssicherung (QS)** umfasste früher das, was heute als Qualitätsmanagement bezeichnet wird, und zwar alle Maßnahmen, die getroffen werden, um Qualität sicherzustellen. In der Öffentlichkeit wird der Begriff vielfach auch immer noch so verstanden. Der Fachterminus bezeichnet damit hingegen alle Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, Vertrauen zu schaffen, dass die erwarteten Qualitätsanforderungen auch erfüllt werden, um sich und andere der Qualität zu versichern. Dementsprechend hieß QS früher auch QM-Darlegung. Es wird sowohl anhand von eigenen Bemühungen als auch vergleichbaren Indikatoren dargelegt, wie und zu welchem Grad die Qualität des eigenen Produkts oder der eigenen Dienstleistung sichergestellt wird. Die QS kann dabei sowohl nach innen ausgerichtet sein (interne QS), um die Wirksamkeit eigener Maßnahmen bzw. Handlungsbedarf aufzuzeigen, als auch nach außen wirken (externe QS), indem Kunden, Partnern oder der Öffentlichkeit die eigenen Maßnahmen und ihre Ergebnisse präsentiert werden, vor allem im Rahmen von Assessmentverfahren.

In diesem Zusammenhang ist auch oft von Zertifizierung die Rede. Darunter wird die Bestätigung durch einen Dritten verstanden, dass eine Einrichtung gewisse Standards einhält. Verschiedene Zertifizierungen legen dabei natürlich jeweils ihre eigenen Maßstäbe an. Beziehen sich diese Kriterien sehr stark auf das Qualitätsmanagement, so geben sie dieses auch bereits weitgehend vor, oder die Zertifizierung ist selbst Teil eines bestimmten QM-Systems. So verlangt die Zertifizierung nach ISO die Einhaltung bestimmter Dokumentationspflichten, die bei der Einführung eines QM-Systems berücksichtigt werden müssen, will man ein ISO-Zertifikat erhalten.

4 Es handelt sich hierbei der Einfachheit halber um die Definition nach ISO 8402.

5 Donabedian, A: The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Pr. Ann Arbor (Michigan) 1980.





Qualitätsbemühungen – weshalb?

Wie an den eingangs erwähnten Beispielen ersichtlich, haben sich die Bemühungen um Qualität im Gesundheitswesen in Europa in den letzten fünfzehn Jahren vervielfacht.

Die Gründe für verstärkte Qualitätsbemühungen sind sicherlich vielfältig. Zum einen sind die Menschen von eher passiven EmpfängerInnen medizinischer Leistungen zu mündigen und informierten PatientInnen geworden, sodass Transparenz und Qualitätsdarlegung heute eine größere Rolle spielen. Es ist auch der Weiterentwicklung der Wissenschaftstheorie zu verdanken, dass nach Jahrhunderten der ausschließlichen ärztlichen Expertenmeinung nun zunehmend die „Evidenz“, der unabhängige und nachprüfbare Wirkungsnachweis, hinzutritt.⁶ Nicht zuletzt tragen auch die in vielen Ländern durchgeführten Kostendämpfungsprogramme dazu bei, dass Qualitätsbemühungen notwendiger werden. Bei hinreichender Wirtschaftsentwicklung und Einzelleistungsvergütung besteht eher die Tendenz zur Überversorgung, da mit mehr vorgenommenen Leistungen ein höheres Einkommen für Gesundheitsdienstleister verbunden ist. Mit engen Budgetgrenzen und Entgeltpauschalierung kann mitunter eine Unterversorgung eintreten, da der Ertrag aus einem einheitlichen Entgelt nur durch Leistungseinsparung erhöht werden kann, was grundsätzlich intendiert ist, aber zu weit geführt werden kann. Entgeltpauschalierung wurde zum Beispiel bereits in einigen Kantonen der Schweiz, in Belgien und Österreich eingeführt; Deutschland, Frankreich und die Niederlande sind gerade bei der Implementierung.⁷ Um bei deutlichen Kostensenkungen die Qualität auch weiterhin sicherzustellen, sind Kostenträger und Öffentlichkeit daran interessiert, Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu forcieren. Auch trägt die Tendenz zur Privatisierung medizinischer Anbieter zu vermehrten Qualitätsbemühungen bei. Als Bewerber in einem Markt müssen sie ihre Leistung und damit auch deren Qualität den KundInnen präsentieren und glaubhaft machen.⁸

Qualitäts-
bemühungen –
weshalb?

Qualitätsmanagement – wie funktioniert das?

Schon in den vierziger und fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts wurden von W. E. Deming wesentliche Prozesse für das QM definiert,⁹ die heute noch Gültigkeit haben. Kern der Qualitätsbemühungen ist das wiederholte Durchlaufen eines Zyklus, der von Deming PDCA-Zyklus genannt wurde. P steht für „plan“ und umfasst das Erkennen von Qualitätsproblemen und das Planen geeigneter Maßnahmen, die zu einer Verbesserung führen sollen. Die Qualitätsprobleme können dabei entweder zufällig gemeldet werden, oder es findet ein Qualitätsmonitoring anhand von Qualitätsindikatoren statt, das Abweichungen und damit Handlungsbedarf aufzeigt. Da das Vorgehen im Folgenden evaluiert werden soll, muss der IST-Zustand festgestellt und ein SOLL-Zustand definiert werden. Außerdem muss der gesamte, veränderte Prozessablauf festgelegt werden, mit dem beabsichtigt wird die SOLL-Werte zu erreichen. D steht für „do“, also den in der Form geplanten Prozess anzuwenden. Mit C („check“) ist die kontinuierliche Überprüfung der neuen Maßnahmen gemeint. Stellt sich heraus, dass die Veränderungen nicht ausreichen, muss eingegriffen und die Maßnahmen optimiert werden (A – „act“). Die Darstellung als Zyklus weist darauf hin, dass entsprechende Bemühungen wiederholt durchgeführt werden sollen, also vom Erreichten ausgehend weitere Verbesserungen angestrebt werden sollen.

Anhand der mangelnden Compliance bei der Blutdruckeinstellung kann dieses etwas abstrakte, betriebswirtschaftliche Denken in ein konkretes Beispiel ärztlichen Handelns umgesetzt werden:

Ein praktischer Arzt stellt fest, dass viele seiner PatientInnen nicht die gewünschten Blutdruckwerte halten können. Er kann sein bisheriges Vorgehen allein oder mit äußerer Hilfe, z. B. einem Qualitätszirkel, kritisch analysieren und den Prozess der Blutdruckeinstellung neu planen. Zunächst geht er die Krankenakten durch und stellt fest, dass seine BlutdruckpatientInnen nach drei Monaten zu 30 Prozent wieder aus dem gewünschten Normbereich herausfallen, was er bei inzidentellen

Qualitäts-
management – wie
funktioniert das?

6 Diese Entwicklung ist großteils zu begrüßen. Es darf aber nicht übersehen werden, dass sich im Alltag in einigen Fällen nie eine objektive Evidenz zeigen lässt, z. B. bei zu geringen Fallzahlen oder sehr individueller Konstellation. Wir werden diesem Problem „strukturell“ fehlender Evidenz auch bei den Leitlinien begegnen.

7 Diese Entwicklungen behandeln z. B. Mossialos E., Le Grand J.: Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate 1999 und Health System Watch II/04.

8 Dabei muss allerdings sehr sorgfältig vorgegangen werden, um wirklich objektive Vergleiche zu ermöglichen. Siehe dazu die Abschnitte „Qualitätsindikatoren“ und „Benchmarking“.

9 Kirstein H.: Der Einfluss Demings auf die Entwicklung des Total Quality Management. Hanser 1994.



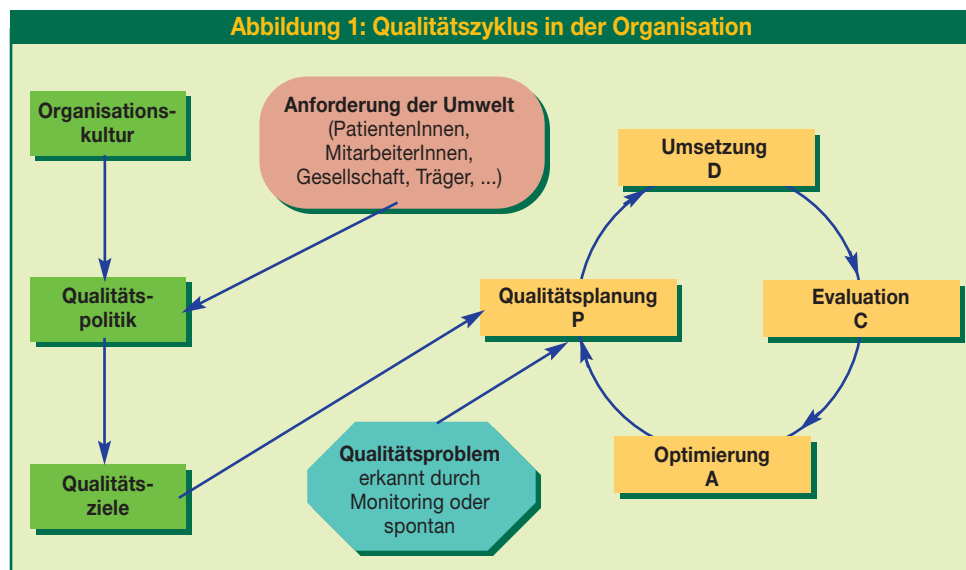


Blutdruckmessungen feststellen muss. Zusammen mit seiner Sprechstundenhilfe und einigen Patientengesprächen stellt er fest, dass die PatientInnen mit der Zeit die Medikamente unregelmäßiger nehmen und nicht um die Gefahr durch Folgekrankheiten Bescheid wissen. Daher wird der Prozess der Blutdruckeinstellung neu organisiert:

PatientInnen sollen in einem Gespräch zunächst immer über die Gefahren dauerhaft erhöhten Blutdrucks aufgeklärt und auf die Empfehlungen der WHO hingewiesen werden. Gemeinsam mit den PatientInnen soll dann die Therapie festgelegt und PatientInnen mit einem Blutdruckbuch dazu angehalten werden, selbst regelmäßige Messungen durchzuführen und einzutragen. Die PatientInnen sollen außerdem eine Informationsbroschüre mitbekommen, und die Sprechstundenhilfe soll sofort weitere Kontrolltermine ausmachen. Eine Wiederholung des Informationsgesprächs und bei eingestelltem Blutdruck grobmaschigere, aber „verpflichtende“ Überprüfungen werden eingeplant. Ziel ist es, die Zahl der PatientInnen, die nach drei Monaten wieder über dem angestrebten Wert sind, auf 10 Prozent zu senken. Erst jetzt wird die Maßnahme umgesetzt (D) und ihre Wirkung überprüft (C). Die Rate der abweichenden PatientInnen konnte auf 12 Prozent gesenkt werden. Optimierungen werden vorgenommen (A): Die PatientInnen erhalten von der Sprechstundenhilfe eine Einführung in richtiges Blutdruckmessen und eine schriftliche Terminvereinbarung, da z. B. viele ältere PatientInnen vergesslich sind. Dieses Vorgehen gilt als neuer Standard, von dem ausgehend weitere Verbesserungen geplant werden können.

Auf diese Weise verdeutlicht die Theorie bereits durch ihr Modell, dass Qualitätsmanagement kein einmaliges Ereignis sein kann. Es müssen wiederholte Anstrengungen unternommen werden, um sich gleichsam zu immer besseren Ergebnissen hinaufzuarbeiten. Mit den neuen Organisationstheorien¹⁰ wurde dieses grundsätzliche QM-Prinzip in einen größeren Rahmen eingeordnet. Die Qualitätsplanung leitet sich von Qualitätszielen ab, die wiederum aus der Qualitätspolitik der Organisation hervorgehen. Die Qualitätspolitik wird wiederum durch die Kultur der Organisation einerseits, andererseits durch die Anforderungen geprägt, die von außen, also von PatientInnen, Partnern, der Öffentlichkeit etc., an die Praxis herangetragen werden. Die folgende Grafik soll dies veranschaulichen:

Abbildung 1: Qualitätszyklus in der Organisation



Quelle: IHS HealthEcon 2006.

Zum einen ist nicht nur kurzfristiges und isoliertes QM gefragt, sondern eine Strategie. Es ergibt weniger Sinn, wenn zwar der Blutdruck der PatientInnen gut eingestellt ist, aber der Blutzuckerspiegel bei Diabetes nicht. Zum anderen soll QM nicht nur einzelne Teile einer Organisation erfassen. QM wird heute als Aufgabe aller Bereiche verstanden, die diesbezüglich gleichsam an einem Strang ziehen und unter dem Dach gemeinsamer Ziele QM betreiben. Auch dieser ursprünglich betriebswirtschaftliche Ansatz findet seine Entsprechung selbst in der kleinen Organisation einer Arztpraxis. Hervorragend arbeitende ÄrztInnen können nicht optimal arbeiten, wenn die Terminvergabe durch die Sprech-



stundenhilfe chaotisch ist. Umgekehrt nützt ein hervorragend gestaltetes Wartezimmer den PatientInnen nichts, wenn die ÄrztInnen mit dem Wissen von vorgestern behandeln.

Der Ansatz, alle Bereiche und alle Prozesse kontinuierlichem QM zu unterwerfen, das einer Strategie folgt und alle Beteiligten und nicht nur die KundInnen mit einbezieht, wird als Total Quality Management (TQM)¹¹ bezeichnet.

Auf die ärztliche Praxis umgelegt, bedeutet das im Idealfall: QM ist gemeinsames Ziel von ÄrztInnen und MitarbeiterInnen. Qualität muss ein positiver Begriff der Organisationskultur sein. Es richtet sich nicht nur an PatientInnen aus, sondern bezieht die MitarbeiterInnen und Partner (z. B. überweisende KollegInnen, mobile Pflegedienste, Krankenhäuser) in die Planung mit ein. Das QM umfasst den gesamten Betreuungsprozess, nicht nur die ärztliche Kerntätigkeit, und wird kontinuierlich betrieben.¹²

Werkzeuge des Qualitätsmanagements im niedergelassenen Bereich

Die QM-Systeme greifen auf eine Reihe von Methoden zurück, um Qualität zu schaffen und sicherzustellen. Im Folgenden stellen wir einige der wichtigsten Elemente vor, die in der verwendeten Literatur¹³ genannt werden.

QM-Dokumentation

Ohne schriftliche Aufzeichnungen ist strukturierte Qualitätsarbeit unmöglich. Teile dieser Dokumentation sind das QM-Handbuch, Verfahrensanweisungen, Arbeits- und Prüfanweisungen und zugehörige Dokumente wie Gesetze und Gebrauchsanweisungen. Das QM-Handbuch enthält die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele, das Organigramm der Praxis und stellt die Zuständigkeiten dar sowie die wesentlichen Strukturen des QM. In den Verfahrensanweisungen lassen sich z. B. anhand von Flussdiagrammen die wichtigsten Abläufe in der Arztpraxis als Vorgabe nachschlagen. Arbeits- und Prüfanweisungen stellen als konkrete Beschreibung oder als Checklisten vor allem komplexe einzelne Arbeitsschritte dar. Neben diesen aufgezeichneten Vorgaben regeln QM-Systeme auch den Umgang mit konkreten Daten im Praxisalltag (Archivierung von Patientendaten, Aufzeichnung von verschiedenen Indikatoren, Fehlerdokumentation, Besprechungsprotokolle, Prüfprotokolle etc.) und stellen dafür bisweilen strukturierte Formulare zur Verfügung. Das Ausmaß der Dokumentationspflicht variiert jedoch in den einzelnen Systemen erheblich.

Qualitätsindikatoren

Für die Bewertung des IST-Zustandes der Qualitätsdimensionen sind konkrete Messungen oft unumgänglich. Ausgehend von der Erkenntnis, dass Qualität ein Kontinuum und keinen absoluten Zustand darstellt, kann der gemessene Qualitätsgrad dem angestrebten SOLL-Zustand gegenübergestellt werden. Eine Messgröße, die die Qualität einer Maßnahme anzeigen kann, ist ein Qualitätsindikator. Um als solcher zu gelten, muss die Messgröße aber bestimmte Bedingungen erfüllen. Sie muss kausal mit dem letztlich beurteilten Prozess zusammenhängen, von den AkteurlInnen beeinflussbar und natürlich messbar sein. Außerdem muss ein Referenzbereich existieren, der für gute Qualität steht, und der Parameter muss wesentlich für das betrachtete Qualitätsmerkmal sein.¹⁴ Ein Qualitätsindikator einer Geburtsstation kann z. B. die durchschnittliche Entscheidungs-Entwicklungszeit sein, also die Zeit von der Entscheidung zu einem Kaiserschnitt bis zum tatsäch-

**Werkzeuge
des Qualitäts-
managements im
niedergelassenen
Bereich**

11 Rothlauf J.: Total Quality Management in Theorie und Praxis: zum ganzheitlichen Unternehmensverständnis. 2. Auflage. Oldenbourg 2003.

12 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Deutscher Ärzteverlag 2003.

13 Vor allem: Amon, U. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Springer 2004. Ärztliches Zentrum für Qualitätsmanagement (Hrsg.): Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Deutscher Ärzteverlag 2003. Frank M.: Praktisches Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Schattauer 2003. Kriedel T., Kintrop A.: Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2004. Nüllen, H., Noppeney T.: Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Deutscher Ärzteverlag 2003. Wan T., Connell A.: Monitoring the Quality of Healthcare: Issues and Scientific Approaches. Kluwer Academic Publishers 2003. Sowie die Websites: www.q-m-a.de, www.leitlinien.de, www.iso.org, www.quality.de, www.tqm.com

14 Szecsenyi J. et al.: Qualität greifbar machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze. Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management 2003; 7: 18–20.





lichen Auf-die-Welt-Bringen des Kindes. Die Zahl der anomalen Tokogramme (Aufzeichnung kindlicher Herztöne und Wehentätigkeit der Mutter) hingegen muss nicht unbedingt mit dem angestrebten Ergebnis (der Geburt eines gesunden Kindes) zusammenhängen und ist abhängig von der Klientel, der vorhergehenden extramuralen Betreuung etc., die nicht von der Station beeinflusst werden können. Auch kann ein Qualitätsindikator nie allein aussagekräftig sein. Erst ein Bündel von Indikatoren ergibt ein Bild. So muss die Geburtsstation z. B. sicherlich auch auf die Rate nosokomialer Infektionen achten.

Benchmarking

Unter Benchmarking wird in diesem Zusammenhang der Vergleich von Gesundheitsorganisationen anhand vorher festgelegter Qualitätsindikatoren verstanden. Dieses Verfahren der QS gewinnt zunehmend an Bedeutung, da der Qualitätsvergleich mit anderen Organisationen einerseits eventuell das Identifizieren einer „best practice“ ermöglicht, andererseits auch (gesundes) Konkurrenzdenken gefördert wird. Benchmarks können aber auch im Wettbewerb genutzt werden, um die eigene Leistung im Vergleich präsentieren zu können. In diesem Zusammenhang wird auch klar, dass an Benchmarking hohe Anforderungen gestellt werden müssen, um tatsächlich mit einer überschaubaren Zahl an Indikatoren Leistungsvergleiche im Qualitätsbereich anstellen zu können, die valide Aussagen treffen.^{15,16}

Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind Kleingruppen aus Fachpersonal, die selbstgewählte Themen und Problemstellungen besprechen. Auf kurzem Wege werden hier Erfahrungen ausgetauscht, Probleme analysiert und bisweilen auch inoffizielle Leitlinien erstellt. Qualitätszirkelarbeit als wenig aufwändige Methode hat weite Verbreitung gefunden.¹⁷ Um diese Form der Qualitätsarbeit zu professionalisieren, werden zunehmend Ausbildungen zum Qualitätszirkel-Moderator angeboten, die zur strukturierten Leitung befähigen sollen.

Leitlinien

Leitlinien sind Handlungsempfehlungen für konkrete Problemstellungen des medizinischen Alltags. Heutzutage wird in der Regel die systematische Erarbeitung mit den Mitteln der Evidence-Based Medicine (EBM) gefordert.¹⁸ Auf der Grundlage wissenschaftlicher Dokumentation werden verschiedene Verfahrensweisen z. B. in der Herzinfarktdiagnostik miteinander verglichen. Das erfolgreichste Vorgehen wird z. B. von einer Fachgesellschaft als Leitlinie empfohlen. Berücksichtigt bleiben muss, dass bei konkreten PatientInnen unter Umständen ein anderes Vorgehen gerechtfertigt erscheint. Außerdem kann die Evidenz durchaus widersprüchlich oder aufgrund geringer Fallzahlen nicht valide genug sein. Evidenzbasierte Leitlinien können hier nicht erstellt werden.

Leitlinien stellen heute ein sehr wichtiges, aber auch viel diskutiertes Instrument der Qualitätsarbeit dar,¹⁹ weshalb wir uns zu einem späteren Zeitpunkt näher mit ihnen befassen werden.

Selbst- und Fremd-Assessment/Audit

Instrumente der Selbstbewertung und der Bewertung durch andere sind Elemente der meisten QM-Systeme. Es hat sich in diesem Zusammenhang der Begriff Audit oder Assessment etabliert. Bei der Selbstbewertung (auch bisweilen internes Audit genannt) geht es gleichsam um ein reflektiertes Innehalten des Teams ohne äußere BeobachterInnen. Es soll geprüft werden, ob das Praxisteam die Vorgaben erfüllt, ob Standards eingehalten werden, ob eingeführte Maßnahmen ihren Zweck erfüllen etc. Das externe Audit erfolgt häufig im Rahmen der Zertifizierung durch organisationsexterne AuditorInnen. Nach dem Audit erstellen sie einen Bericht und geben Empfehlungen zur Verbesserung ab. Sanktionen oder Schuldzuweisungen sind dabei keinesfalls zweckdienlich, alle QM-Systeme sind

15 Clarkson P., Challis D.: Quality Assurance Practices in Care Management: A Perspective from the United Kingdom. *Care Management Journals*, 2003, 4, 3, fall, 142–151.

16 Qualitätsindikatoren in Deutschland. Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin; auf www.aeqz.de [Stand: 14.03.2006].

17 Beyer M. et al.: The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Fam Pract*. 2003 Aug; 20 (4): 443–451.

18 Woolf S. H.: Evidence-based medicine and practice guidelines: an overview. *Cancer Control*. 2000 Jul-Aug; 7 (4): 362–7.

19 Saarni S. I., Gylling H. A.: Evidence based medicine guidelines: a solution to rationing or politics disguised as science? *J. Med Ethics*. 2004 Apr; 30 (2): 171–175.





sich darin einig, dass der Beitrag zur Qualitätsarbeit im Vordergrund stehen muss. Auch wenn eine externe Überprüfung meist von unangenehmen Gefühlen begleitet ist, hat sie doch auch unabhängig von Zertifizierungsbelangen eindeutige Vorteile. Die kritischen Augen von Dritten können objektivieren und helfen „Betriebsblindheit“ hinter sich zu lassen. Auch können Empfehlungen einen wertvollen Input in den alltäglichen Betrieb darstellen.

Fehler- und Riskmanagement

Nicht selten bergen medizinische Maßnahmen ein Risikopotenzial. Dieses zu minimieren ist Aufgabe des Riskmanagements. Tatsächliche Fehler oder Beinahefehler (errors bzw. near misses) sind im medizinischen Alltag häufig Ergebnis des gesamten Systems. Diese Haltung ist auch hilfreich, damit Fehler tatsächlich gemeldet werden und mit ihnen offen umgegangen werden kann. So kann nicht TurnusärztInnen allein angelastet werden, wenn sie nach 28 Stunden im Dienst den falschen PatientInnen ein Antibiotikum infundieren. Neben dem Risikobewusstsein müssen Vorgänge auf ihr Risikopotenzial hin untersucht und entsprechende Gegenmaßnahmen getroffen werden. Die richtige Dokumentation ist hier ebenfalls bedeutsam. Tritt dennoch ein Fehler auf, müssen vorher entsprechende Verfahrensweisen dafür eingeübt worden sein.

Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich

Um erfolgreiches QM nach außen darlegen zu können, wird vielfach der Prozess der Zertifizierung angewandt. Unabhängige Dritte bestätigen hierbei, dass in einer Organisation gewisse Normen oder Standards eingehalten werden. Um welche Standards oder Normen es sich handelt und ob der Schwerpunkt dabei mehr auf der Prüfung der Organisation oder den Ergebnissen liegt, ist bei den einzelnen Zertifizierungsverfahren unterschiedlich. Die Prüforganisationen können staatliche und nichtstaatliche Organisationen sein. In Europa ergibt sich dabei ein sehr buntes Bild, was die Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen betrifft. Das Ludwig Boltzmann Institut für Krankenhausorganisation und das Projekt EXPERT der CASPE Research²⁰ von Charles Shaw sowie die WHO Europe²¹ haben versucht, die diesbezügliche Situation in Europa zu erheben, der Schwerpunkt lag aber hierbei noch auf dem stationären Bereich.

Da Zertifizierungen nach bestimmten Kriterien prüfen, implizieren sie auch oft bereits ein ihnen entsprechendes QM-System oder sind umgekehrt von einem solchen abgeleitet. Neben diesen standardisierten Systemen, die von Institutionen und Unternehmen angeboten werden, existieren auch zahlreiche nationale und regionale QM-Systeme, die sich unterschiedlicher Instrumente des QM bedienen.

Zentral erscheint einerseits, dass Zertifizierung nicht als Selbstzweck dienen darf. Es kann also nicht das QM einer Arztpraxis bloß auf die Erlangung eines Zertifikats ausgerichtet sein, denn dies führt nur zu kurzfristigen, nicht verinnerlichten Qualitätsbemühungen. Vielmehr sollte Zertifizierung als Anreiz oder als äußere Bestätigung erfolgen, da QM immer zuerst in der Praxis selbst beginnt. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die Einbindung in die Organisationspolitik und -kultur hingewiesen, was einer Verinnerlichung eines Qualitätsanspruchs durch die Beteiligten entspricht.

In großen Organisationen, selbst in Krankenhäusern, ist die Überprüfung von außen weitaus weniger problematisch als im niedergelassenen ärztlichen Bereich. Zum einen kann in einer großen Organisation immer „das System“ oder „der andere“ Schuld an einem möglichen schlechten Abschneiden sein. In einer Arztpraxis sind letztlich oft die PraxisinhaberInnen verantwortlich. Außerdem sehen sich speziell die niedergelassenen ÄrztInnen als Angehörige eines freien Berufs, die ungern eine Einmischung von außen erfahren. Entsprechend werden allzu sehr verordnete, verpflichtende und auf Fehlersuche abzielende Verfahren der externen QS einen erheblichen Widerstand in der Ärzteschaft hervorrufen, ohne dass diese generell dagegen wäre.

Daher erscheint es wesentlich, externe QS immer in Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen durchzuführen. Es bedarf einer fortgeschrittenen Fehlerkultur und der Bereitschaft, sich selbst in Frage zu stellen, ebenso wie des Respekts vor dem Expertenstatus und der Erfahrung der ÄrztInnen.

²⁰ Siehe Website des Projekts www.caspe.co.uk/expert.htm [Stand 10.03.2006] und Shaw C. D.: External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. Int J Qual Health Care. 2000 Jun.; 12 (3):169-175.

²¹ „Quality and accreditation in healthcare services: a global review“. WHO Genf 2003.



Die wichtigsten Systeme für QM und QS im niedergelassenen Bereich in Europa

Die wichtigsten Systeme für QM und QS im niedergelassenen Bereich in Europa

Es existiert in Europa eine bunte Vielfalt an Qualitätsinitiativen auf allen Ebenen. Dabei fällt auf, dass die Entwicklung für den niedergelassenen Bereich noch sehr jung ist. Viele der Systeme wurden erst in den letzten Jahren angepasst und hinentwickelt. Einige Systeme sind auch Neuentwicklungen speziell für den niedergelassenen Bereich. Wir werden uns an die Einteilung anlehnen, die das EXPERT-Projekt für QM-Systeme in Europa getroffen hat. An den Beginn stellen wir die Systeme nach ISO und EFQM, die aus dem technischen bzw. industriellen Bereich stammen und für das Gesundheitswesen und wiederum in weiterer Folge für den niedergelassenen Bereich adaptiert worden sind. Dann betrachten wir das Europäische Praxisassessment, welches auf der Tradition der kollegialen Visitation beruht und eine interessante, direkt am Praxisbereich orientierte Entwicklung ist. Danach stellen wir das amerikanische System der „Akkreditierung“ vor. Es hat viele Qualitätsinitiativen in Europa beeinflusst. Zuletzt befassen wir uns noch mit nationalen und regionalen Systemen anhand von Beispielen aus Deutschland.

1. ISO-Zertifizierung

Die ISO (International Organization for Standardization) ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Normungsorganisationen aus 156 Ländern.²² Sie hat ihren Sitz in Genf und wurde 1946 gegründet. Dieses internationale Netzwerk erarbeitet Normen, mittlerweile für alle Bereiche des Lebens, um einheitliche Standards herzustellen, die wiederum von den nationalen Organisationen übernommen werden (z. B. dem Deutschen Institut für Normung, DIN, oder dem Österreichischen Normungsinstitut, ON²³). 1987 wurde die Normenserie ISO 9000 ff. herausgegeben, die, inzwischen mehrmals überarbeitet, Normen des Qualitätsmanagements festlegt. Es handelt sich also eigentlich nicht um ein QM-System an sich, sondern um Normen, die ein solches erfüllen muss. Für die Entwicklung des eigenen QM-Systems gibt die Normenreihe aber sehr detaillierte Vorgaben. Die Qualitätsnorm nach ISO war ursprünglich für den industriellen Sektor gedacht. Im Zuge der Überarbeitungen wurde sie stärker am Dienstleistungssektor orientiert, prozessorientierter, und es wurden Elemente des TQM übernommen. Die derzeit gültige Grundlage der Zertifizierung ist ISO 9001:2000.

Die Norm gibt in den Kapiteln 4 bis 8 sehr konkrete Vorgaben über die Gestaltung verschiedener Bereiche:

- ◆ Erfassung und Dokumentation von Prozessen, Strukturen und Ergebnissen,
- ◆ Erstellung von Qualitätsvorgaben,
- ◆ Patientenbefragung und -einbindung in das QM,
- ◆ Umgang mit Personalressourcen,
- ◆ Evaluierung und Verbesserung,
- ◆ Umgang mit Fehlern,
- ◆ Ablauf interner Audits, etc.

Da ISO keine staatliche Organisation ist, sind die Normen grundsätzlich unverbindlich. Sowohl die faktische Bedeutung in verschiedenen Wirtschaftsbereichen als auch die teilweise erfolgte Übernahme in die Gesetzgebung einzelner Länder geben diesem Normenwerk jedoch herausragende Bedeutung.

Ein QM-System nach ISO 9000 ff. kann grundsätzlich von einem Industriebetrieb genauso eingesetzt werden wie von einem Krankenhaus, einem Labor oder bei niedergelassenen ÄrztInnen, ist also weitgehend branchenunabhängig. Dadurch steht bereits eine Infrastruktur mit qualitätserfahrenen MitarbeiterInnen für die Unterstützung bei der Implementierung und die Zertifizierung zur Verfügung. Die Zertifizierung erfolgt nicht durch die ISO selbst, sondern durch Organisationen, die nach den vorgegebenen Normen Überprüfungen durchführen. Dass sie dies in der richtigen Weise tun, wird durch ihre Akkreditierung festgestellt. Unter Akkreditierung versteht wird also gewissermaßen die Zertifizierung von Zertifizierungsorganisationen verstanden.

Aufgrund der Unverbindlichkeit der Zertifizierung kann auch ein QM-System nach ISO eingeführt werden, ohne eine Zertifizierung anzustreben. Ein weiterer Vorteil ist die weite internationale Verbreitung.



²² Informationen von der offiziellen Website www.iso.org, [Stand 3.03. 2006]

²³ Websites der Institute: www2.din.de bzw. www.on-norm.at



Wie in anderen Bereichen könnte ISO also auch im Gesundheitswesen einen mehr oder weniger implizit vorausgesetzten Standard darstellen oder von nationalen und internationalen Gesundheitsorganisationen übernommen werden. Im Vereinigten Königreich bietet zum Beispiel das Health Quality Service (HQS), das für die Qualitätssicherung in Gesundheitseinrichtungen zuständig ist, neben seinem eigenen Programm auch eine Zertifizierung nach ISO an. Jedoch hat das ISO-System auch seine Nachteile. Es postuliert im Grunde durch seine Branchenunabhängigkeit, dass die Einhaltung gewisser Normen im QM weitgehend unabhängig vom jeweiligen Umfeld Qualität sicherstellen kann. Spezifische Bedingungen und Umstände, die für die Qualität ebenfalls von Bedeutung sein könnten, bleiben unberücksichtigt. Entsprechend einem Normensystem ist auch die Dokumentationspflicht sehr weitgehend; Struktur- und Prozessqualität stehen sehr stark im Vordergrund.

2. EFQM-Modell für Excellence

Als Reaktion auf die zunehmenden Qualitätsbemühungen von Firmen in Japan und den USA gründeten 14 europäische Unternehmen mithilfe der EU 1988 die European Foundation for Quality Management²⁴ mit Sitz in Brüssel. Ihre Zielsetzung ist es, dem QM sowohl bei Unternehmen direkt als auch auf politischer Ebene mehr Geltung zu verschaffen. Um Unternehmen diesbezüglich zu unterstützen, wurde das EFQM-Excellence-Modell geschaffen, eine Arbeitsanweisung für QM, die sich stark am TQM-Ansatz orientiert. Als Symbol und Auszeichnung für besondere Qualitätsbemühungen wurde in Japan schon lange der Deming-Preis, in den USA der Malcolm Balbridge National Quality Award verliehen. Daher entschloss sich die EFQM gemeinsam mit der EU und der EOQ²⁵, jährlich und 1992 erstmals den European Quality Award zu verleihen, der mittlerweile in EFQM Excellence Award (EEA) umbenannt wurde.

Mit bereits über 800 Mitgliedsunternehmen im Jahr 2005 verfolgt die EFQM die Strategie, eng mit nationalen Qualitätsorganisationen zusammenzuarbeiten, so in Deutschland z. B. mit der Deutschen Gesellschaft für Qualität und in der Schweiz mit der Swiss Association for Quality. Die österreichische Partnerorganisation ist die Austrian Federation for Quality Management.²⁶ Diese nationalen Organisationen vergeben zum Teil auch nationale Pendanten des European Quality Award wie den deutschen Ludwig-Erhard-Preis oder den Austrian Quality Award. Die Preise werden jeweils in verschiedenen Kategorien vergeben, um verschieden strukturierten Organisationen die Teilnahme zu ermöglichen. Dabei erfolgt die Bewertung nach einem Punktesystem, in das die Erfolge in den einzelnen Bereichen des EFQM-Modells gewichtet einfließen. Außerdem wird ein edukativer Ansatz insofern verfolgt, als dass es je nach erreichter Punktezahl auch Anerkennungsstufen unterhalb jenes Niveaus gibt, das Bewerber für die eigentlichen Preise vorweisen müssen. Qualitätsbemühungen werden also als Reifeprozess verstanden. Wenn eine Organisation nach dem EFQM-Modell ihr Verbesserungspotenzial erkannt und erste Projekte geplant und umgesetzt hat, kann sie die Auszeichnung „committed to excellence“ erhalten; werden 400 Punkte erreicht, gilt die Organisation als „recognised for excellence“. Die Punkte basieren auf der gewichteten Bewertung von neun Elementen des Modells, die alle Bereiche der Organisation einbinden. Dabei wird zwischen fünf Befähiger- und vier Ergebniskriterien unterschieden. Die Befähigerkriterien sind „Führung“, „Politik und Strategie“, „Mitarbeiter“, „Partnerschaften und Ressourcen“ und „Prozesse“; sie befassen sich also mit dem Erarbeiten von Struktur- und Prozessqualität. Die Ergebniskriterien sind „Mitarbeiterbezogene Ergebnisse“, „Kundenbezogene Ergebnisse“, „Gesellschaftsbezogene Ergebnisse“ und „Schlüsselergebnisse“. Bemerkenswert ist dabei der starke Einbezug von MitarbeiterInnen, Partnern und der Gesellschaft, wie er im TQM gefordert wird und auch modernen Modellen von Organisationen entspricht. In den Bereichen „Befähiger“ wie „Ergebnisse“ können maximal je 500 Punkte erreicht werden, wobei die einzelnen Kriterien unterschiedlich stark zum Gesamtscore beitragen.

Die Verwendung eines Punktesystems deutet auch darauf hin, dass der Selbstbewertung hohe Bedeutung zugemessen wird. Es ist klar zu erkennen, auf welchem Qualitätsniveau sich die Organisation in welchem Bereich befindet, und es ist ein Anreiz, bei der nächsten Bewertung eine höhere Punktezahl zu erreichen. Ein Self-Assessment-Training, das bei einer EFQM-Partnerorganisation durchgeführt werden kann, hilft dabei, diese Bewertung auch richtig durchzuführen. Die Abfolge von

²⁴ Die Website der Organisation ist www.efqm.org

²⁵ European Organisation for Quality, die Vereinigung der Europäischen Qualitätsorganisationen, www.eoq.org

²⁶ siehe auch die Websites der Organisationen: Deutsche Gesellschaft für Qualität: www.dgq.de,

Swiss Association for Quality: www.saq.ch, Austrian Federation for Quality Management: www.afqm.at



wiederholtem Self-Assessment mit Planung von Verbesserungsprojekten und deren Durchführung entspricht dem vorher besprochenen PDCA-Zyklus. Strebt man eine Auszeichnung oder einen Preis an oder möchte man externes Feedback, führen externe Assessoren eine Überprüfung des Self-Assessment-Berichts vor Ort durch und können Verbesserungsempfehlungen aussprechen. Durch das Punktesystem ist auch ein Benchmarking möglich.

1996 wurde ein eigener Preis für den Öffentlichen Sektor ausgelobt, und es wurden Richtlinien für die Anwendung im Gesundheitsbereich herausgegeben. Auch das Niederländische Qualitätsinstitut CBO²⁷, das den Niederländischen Qualitätspreis vergibt, hat recht umfassende Anleitungen erarbeitet, wie EFQM im Gesundheitsbereich eingesetzt werden kann. 1998 wurde die „Health Care Working Group“ eingesetzt, die weitere Anpassungen des EFQM-Modells für den Gesundheitsbereich erarbeiten und den Zugang für Gesundheitseinrichtungen verbessern soll.

Bei EFQM und ISO handelt es sich um Ansätze aus der Industrie, die sekundär für den Dienstleistungssektor erweitert wurden und schließlich auch im Gesundheitsbereich immer mehr Anwendung finden. Der Zugang ist Management-basiert; es geht darum, wie Qualität durch Management-Maßnahmen verbessert werden kann. Für den medizinischen Bereich ist dies insofern von Wert, als dass solche Prinzipien in der Ausbildung de facto nicht vermittelt werden und dieser Zugang eine Bereicherung darstellt. Gesundheitseinrichtungen sind nach Mintzberg²⁸ jedoch Profiorganisationen: Der Schwerpunkt liegt in der Bearbeitung fachlich komplexer Aufgabenstellungen. Den professionellen Aspekt berücksichtigen andere Modelle mehr, wie z. B. die Visitationsmodelle und diejenigen Modelle, die in der amerikanischen Tradition der „Akkreditierung“ ihre Wurzeln haben.

3. Visitationsmodelle

Unter Visitation oder „peer review“ versteht man im Zusammenhang mit Qualitätssicherung die Überprüfung medizinischer Standards durch BerufskollegInnen vor Ort. Diese Tradition ist in unterschiedlicher Form in verschiedenen Ländern verbreitet, wie dem Vereinigten Königreich, Schweden, Kanada und den Niederlanden. Wegweisende Studien von van den Hombergh et al.²⁹ wiesen die Wirksamkeit dieses Verfahrens nach. Das an den Studien beteiligte Centre for Quality of Care Research (WOK)³⁰ ist eine gemeinsame Initiative der niederländischen Radboud Universität Nijmegen und der Universität Maastricht. Zusammen mit der Bertelsmannstiftung in Gütersloh und ExpertInnen aus sechs europäischen Ländern haben sie das Modell „Europäisches Praxis Assessment“ (EPA) entwickelt; es handelt sich hierbei um eine Weiterentwicklung des Visitationsmodells. In mehreren Stufen wurde dieses Modell in Probepaxen evaluiert und verbessert und steht seit 2004 zur Breitenanwendung zur Verfügung. Mittlerweile sind weitere Forschungsgruppen und Länder zu der Initiative gestoßen, und es wurde 2005 die „European Task Force for Methods of Assessment and Quality Improvement in Health Care“, TOPAS-Europe³¹, gegründet, die das Modell weiter entwickeln und evaluieren soll. Mittlerweile sind Gruppen aus den Niederlanden, Deutschland, dem Vereinigten Königreich, Frankreich, der Schweiz, Belgien, Österreich, Slowenien und Israel beteiligt.

Das EPA läuft dabei möglichst zeitsparend für die Praxis ab. PraxisinhaberInnen führen anhand eines Fragebogens ein Self-Assessment durch. Zusätzlich werden die MitarbeiterInnen und 75 PatientInnen anonym mit einem Fragebogen befragt. Sobald dies geschehen ist, erfolgt eine Visitation. Zunächst wird von einem Visitor, einer Berufskollegin oder einem Berufskollegen, die Praxis begangen und anhand von Checklisten evaluiert. Dann folgt ein Arztinterview. Alle Informationsquellen zusammen decken 413 Items aus fünf Qualitätsdomänen ab: „Infrastruktur“, „Menschen“, „Informationen“, „Finanzen“, „Qualität und Sicherheit“. Noch am Visitationstag folgt eine Teamsitzung der Praxis mit dem Visitor, und die Ergebnisse werden präsentiert. Da die zentrale Datenbank einen anonymisierten Vergleich mit anderen Praxen erlaubt, können sofort Stärken und Schwächen ausgemacht werden. Noch in der Teamsitzung werden mit dem Visitor zusammen Verbesserungsmaßnahmen geplant; ein Handbuch und die EPA-Organisation geben Auskunft über erprobte Maßnahmen in verschiedenen Problembereichen. Nach zwei bis drei Jahren erfolgt eine weitere Visitation.

27 Website www.cbo.nl

28 Mintzberg H.: Structure in fives: designing effective organizations. Prentice-Hall 1983.

29 van den Hombergh P. et al.: Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility. Qual Health Care. 1999 Sep.; 8 (3): 167–171. sowie van den Hombergh P. et al.: Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. Qual Health Care. 1999 Sep.; 8 (3): 161–166.

30 Website www.wokresearch.nl





Das EPA-Modell wurde eigens für den Einsatz in Arztpraxen entwickelt; die Indikatoren ermöglichen ein Benchmarking. Auch Zertifizierungen sind in einigen Ländern bereits verfügbar. Der Aufwand gegenüber ISO und EFQM ist deutlich geringer, im Gegensatz zu diesen ist auch der Nutzen für Arztpraxen bereits evaluiert worden.³²

4. Die amerikanische Akkreditierungstradition

Als „accreditation“ wird im angloamerikanischen Sprachraum nicht nur die „Zertifizierung von Zertifizierungsorganisationen“ verstanden, sondern auch die direkte Überprüfung selbst. Diese Akkreditierung hat eine recht lange Tradition mit den USA als Ausgangspunkt. Das American College of Surgeons (ACS) begann schon 1917 einen Katalog mit Standards für Krankenhäuser auszuarbeiten. 1918 begannen erste Inspektionen. Es traten weitere Verbände wie die American Hospital Association und das American College of Physicians hinzu, der Katalog der Standards erweiterte sich, und 1951 konstituierte sich die Joint Commission on Accreditation of Hospitals, die in weiterer Folge Standards für immer mehr Bereiche des Gesundheitswesens entwickelte und überprüfte (für Langzeitpflege, den ambulanten Bereich, Psychiatrien etc.). Mehr und mehr wurde diese Akkreditierung durch die nunmehr Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO,³³ genannte Vereinigung zum Maßstab und beeinflusste das Verhältnis zu anderen Institutionen (z. B., ob und zu welchen Konditionen Versicherungen die Leistungen der Organisation abdecken).

Charakteristisch für diese Form der externen Qualitätssicherung ist, dass sie von einer nichtstaatlichen Organisation, grundsätzlich freiwillig, nach einem vorher ausgearbeiteten Prüfprogramm für den jeweiligen Bereich abläuft und von einem multidisziplinären Team durchgeführt wird. Die PatientInnen stehen bei den Betrachtungen im Mittelpunkt; es wird geprüft, ob die Organisation als Ganzes in der Lage ist, für ihn qualitativ zu arbeiten. In den USA kann man auf der Website <http://www.qualitycheck.org/> alle akkreditierten Organisationen aus jedem Bereich aufrufen und sogar eine Zusammenfassung, den Quality-Report, ansehen. Die Methodik wurde nach und nach von Kanada, Australien, südamerikanischen Ländern und auch von vielen Ländern in Europa übernommen und adaptiert. Allerdings ist in Europa oft der staatliche Einfluss hinzugekommen. So hat die AENES, die Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, ein staatliches Mandat³⁴, steht aber stark in der Tradition der amerikanischen Akkreditierung. Der JCAHO noch ähnlicher, weil nicht-staatlich, ist das Health Quality Service³⁵ im Vereinigten Königreich, das aus dem Kings Fund Organisational Audit hervorgegangen ist. Das HQS akkreditiert auch Praxen. Die Fundación Avedis Donabedian (FAD)³⁶ in Spanien ist sogar direkter Kooperationspartner der JCI (Joint Commission International, dem internationalen Zweig der JCAHO).

Offensichtlich ist für dieses System die Entwicklung der Standards für jeden Bereich von entscheidender Bedeutung. In der Tat war die Grundlage der Standards zunächst die Meinung weniger ExpertInnen oder der Expertenkonsensus einer Fachgesellschaft. Erst später wurden multidisziplinäre Kommissionen gebildet und schließlich wurde evidenzbasiert gearbeitet. Hinzu kamen das Bemühen um die Erfassung von Qualitätsindikatoren und die kontinuierliche Revision der eigenen Standards in Hinblick auf den Patientennutzen. Dennoch bleibt das Problem, dass die nationalen Standards den jeweiligen Traditionen, nationalen Gesetzgebungen und dergleichen unterliegen. Die JCAHO hat 1999 aus diesem Grund die Joint Commission International ins Leben gerufen, die international anwendbare Standards ausarbeitet und mit nationalen Partnern umsetzt.³⁷ In Deutschland wurden bisher sechs, in Österreich vier Krankenhäuser von der JCI zertifiziert.

Die International Society of Quality in Healthcare ISQua³⁸ mit Sitz in Australien ist der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in Gesundheitseinrichtungen verpflichtet, die Initiative für ihre Gründung geht auf ein WHO-Seminar zur Qualitätssicherung 1985 zurück. Die ISQua arbeitet heute in erster Linie an der „Standardisierung der Standards“ und bietet eine Zertifizierung von Zertifizierungsorganisationen an. Die ursprünglich 1999 als Alpha-Standards veröffentlichten Kriterien, die eine Zertifizierungsorga-

31 Website www.ru.nl/topas-europe/index.php

32 Engels Y. et al.: Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract.* 2006 Feb.; 23 (1): 137–147.

33 Website: www.jcaho.org

34 Siehe die Seite der Haute Autorité de Santé: www.has-sante.fr

35 Website: www.hqs.org.uk

36 Website: www.fadq.org

37 Website: www.jointcommissioninternational.com



nisation erfüllen muss, sind mittlerweile in der zweiten Edition erschienen.³⁹ Die Initiative „Alpha“ wurde in IAP, International Accreditation Program, umbenannt. Bemerkenswert ist, dass diese Standards auch ISO- und EFQM-Kriterien berücksichtigen und somit ein sehr konkreter Weg zu stärkerer Vereinheitlichung sind.

5. Andere Systeme

Auf nationaler und regionaler Ebene gibt es in Europa wie in anderen Regionen der Welt eine nahezu unüberschaubare Zahl an Qualitätsinitiativen, was auf ein dringendes Bedürfnis nach Qualitätssicherung und -management hinweist. In Deutschland haben zum Beispiel die Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat eine Initiative ins Leben gerufen, ein Zertifizierungsprogramm für Krankenhäuser zu erarbeiten. Dieses so genannte KTQ-Verfahren⁴⁰ orientiert sich unter anderem an der amerikanischen Tradition und wird seit 2002 eingesetzt. Die freiwillige Bewertung erfolgt anhand eines speziell für den Krankenhausbereich erstellten Programms mit Selbst- und Fremdbewertungselementen und eines veröffentlichten Qualitätsberichts. Es stellt somit eine weitere Möglichkeit dar, den gesetzlichen Verpflichtungen nachzukommen, ein internes QM-System nachzuweisen.⁴¹ Wie bei der amerikanischen Joint Commission werden laufend weitere Programme entwickelt. So bietet die KTQ bereits Verfahren für Rehabilitationseinrichtungen und für Arztpraxen an.

Einen anderen Ansatz beschreitet die Initiative „Qualität und Entwicklung in Praxen“, QEP, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung⁴². Direkt für den niedergelassenen ärztlichen Bereich entwickelt, hilft das QEP-System den ÄrztInnen zunächst schrittweise ein QM-System zu etablieren. Dazu werden in der Einführungsphase die notwendigen Kenntnisse vermittelt, die die ÄrztInnen in der Umsetzungsphase implementieren. In der Bewertungsphase erfolgt eine Selbstbewertung, eine Fremdbewertung ist ebenfalls möglich. Auf regionaler Ebene findet sich in Deutschland beispielsweise das KPQ-Modell der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe⁴³. An mindestens zehn Prozessen der Arztpraxis wird ein QM-System implementiert, das sich vor allem an ISO und EFQM orientiert, allerdings nicht denselben Anspruch erhebt, alle Bereiche der Praxis abzudecken. Eine Zertifizierung ist möglich.

Ausblick

Qualitätsbemühungen im niedergelassenen Bereich haben enorm zugenommen, und es existieren auch bereits einige Systeme, die ÄrztInnen eine Anleitung zu QM geben. Wenn die beobachtete Entwicklung sich fortsetzt, wird QM in vielen Staaten in Europa nicht nur ein „netter Zusatz“ zum ärztlichen Angebot in einer Praxis sein, sondern zunehmend gefordert werden, und zwar sowohl von PatientInnen als auch von der Gesundheitspolitik. Daher gilt es sich von Seiten der Kostenträger und Entscheider im Gesundheitswesen ebenso wie von ärztlicher Seite näher mit diesem Thema zu befassen. Die Ansätze sind dabei durchaus vielfältig, es gibt aber bereits deutliche Vereinheitlichungsbemühungen. So haben sich die Systeme ISO, EFQM und Akkreditierung sowohl von der Terminologie als auch inhaltlich bereits aneinander angenähert.⁴⁴

Die Standards der ISQua werden ebenfalls zu dieser Entwicklung beitragen, wie auch die Bemühungen, für den Praxisbereich neu geschaffene Systeme wie QEP mit den etablierten Systemen kompatibel zu gestalten bzw. von ihnen in der Ausgestaltung zu lernen. Inwieweit freilich die Einführung von QM im niedergelassenen Bereich auch einen tatsächlichen Nutzen bringt und welcher Aufwand sich

38 Website: www.isqua.org.au

39 „International Accreditation Standards For Healthcare: External Evaluation Bodies – Second Edition“. ISQua 2004.

40 Website www.ktq.de; KTQ = Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen.

41 Nach § 137 des Deutschen Sozialgesetzbuches V.

42 Website: www.kbv.de

43 Website: www.kvwl.de

44 Donahue K. T. et al.: Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. Int J Qual Health Care. 2000 Jun.; 12 (3): 243–246, sowie: An Analysis Of Current Revisions In The EFQM Model And In The ISO 9001 Standard And Their Relevancy To Quality In Health Care. Conference Paper of the EXPERT-Project, 2001. Online im Internet: URL: <http://www.caspe.co.uk/expert/documents/efqmniso.pdf> [28.02.2006].

45 Auf die Problematik des Kosten-Nutzen-Verhältnisses bei Qualitätsinitiativen hat bereits der Deutsche Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2001 „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ hingewiesen.



dabei bezahlt macht, ist noch nicht sehr weitgehend evaluiert worden.⁴⁵ Auch sind manche Elemente des QM noch nicht hinreichend entwickelt, könnten aber möglicherweise viel zur Qualität beitragen. So wird international viel an medizinischen Leitlinien gearbeitet.

Gesundheitsausgaben in Österreich

Die Anwendung EU-weiter Berechnungsvorschriften in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung führte seit 1997 zu einer Unterschätzung der österreichischen Gesundheitsausgaben. Die im Februar 2006 von Statistik Austria publizierten, ergänzenden Berechnungen der Gesundheitsausgaben weisen für Österreich im Jahr 2004 nunmehr ein Ausgabenniveau in der Höhe von etwa 23 Milliarden Euro oder 9,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes aus (siehe Tabelle A1). Gegenüber früheren Berechnungen ist das Niveau der Gesundheitsausgaben um 4,8 Milliarden höher, berücksichtigt allerdings auch Ausgaben für die Langzeitversorgung. Während in den alten Berechnungen Österreich mit einer Quote von 7,5 Prozent gleichauf mit der Tschechischen Republik und mit Ungarn lag, ist die neue österreichische Gesundheitsausgabenquote von 9,6 Prozent nunmehr mit jener in den Niederlanden (9,8 Prozent) vergleichbar, aber geringer als jene in Deutschland (11,1 Prozent) und in der Schweiz (11,5 Prozent) (siehe Tabelle A3 und Health System Watch I/2005).

Tabelle A1: Österreichische Gesundheitsausgaben nach OECD System of Health Accounts, 1997–2004								
Gesundheitsausgaben	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
nominell, insgesamt (Millionen Euro)	17.326	18.450	19.125	19.786	20.559	21.057	21.802	22.770
insgesamt, in Prozent des Bruttoinlandsproduktes	9,4	9,6	9,6	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6
nominell, ohne Ausgaben für Pflege (Millionen Euro)	15.541	16.610	17.209	17.768	18.446	18.906	19.587	20.514
ohne Ausgaben für Pflege, in Prozent des Bruttoinlandsproduktes	8,4	8,6	8,6	8,4	8,5	8,6	8,6	8,7
nominell, Ausgaben für Pflege (Millionen Euro)	1.785	1.840	1.916	2.017	2.113	2.151	2.215	2.256
Ausgaben für Pflege, in Prozent des Bruttoinlandsproduktes	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Finanzierung der Gesundheitsausgaben, insgesamt (eigene Berechnungen)								
in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben								
Staat (inkl. Bundes- u. Landespflegegeld und öffentl. Investitionen)	25,0	25,3	24,5	24,3	24,2	24,7	25,0	25,4
Soziale Krankenversicherung	45,3	44,4	45,4	45,6	45,3	45,8	45,3	45,3
Private Haushalte (inkl. privater Investitionen)	26,4	26,4	26,3	26,3	27,7	27,1	27,4	27,0
Private Krankenversicherung	3,3	3,9	3,7	3,9	2,8	2,3	2,3	2,4
Nominell, Index 1997 = 100								
Staat (inkl. Bundes- u. Landespflegegeld und öffentl. Investitionen)	100	108	108	111	115	120	126	134
Soziale Krankenversicherung	100	104	111	115	119	123	126	131
Private Haushalte (inkl. privater Investitionen)	100	107	110	114	125	125	131	135
Private Krankenversicherung	100	126	124	133	100	85	87	94

Quelle: Statistik Austria, Februar 2006; IHS HealthEcon Berechnungen 2006.

Gesundheitsausgabenvergleiche leiden oft an der mangelhaften Einheitlichkeit der Daten, z. B. in Bezug auf die abgedeckten Leistungsbereiche. Um eine korrektere Abbildung von (Gesamt-)Ausgaben in einem international vergleichbaren Rahmen zu ermöglichen, hat die OECD das System of Health Accounts (SHA) entwickelt, das als Satellitenkonto im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung konzipiert ist. Dieser zumeist ergänzende Berechnungsmodus ist bisher in dreizehn OECD-Ländern implementiert worden, darunter sechs EU-Länder (Dänemark, Deutschland, die Niederlande, Polen, Spanien, Ungarn) und außerhalb der EU in der Schweiz, der Türkei, Japan, Kanada, Korea und Mexiko.

Gründe für das höhere Ausgabeniveau gegenüber den alten Berechnungen sind unterschiedliche und ergänzende Definitionen der erfassten Gesundheitsausgaben. Die wichtigsten Positionen, die in die Neuberechnung einfließen, sind Spitalskosten der Länder und Gemeinden (mehr als zwei Milliarden Euro) und die Ausgaben für Langzeitversorgung. Die Berücksichtigung des Bereichs der Langzeitpflege (Bundes- und Landespflegegeld sowie private Ausgaben für stationäre Gesundheitsdienstleistungen in Pflegeheimen) erhöhte das Ausgabeniveau 2003 um weitere 2,2 Milliarden Euro. Obwohl die Neuberechnung der Ausgaben das Niveau der österreichischen Gesundheitsausgaben deutlich erhöhte, war das Kostenwachstum im Vergleich zu anderen europäischen Ländern moderat. Während in vielen EU-Ländern die Ausgabenquote zwischen 1995 und 2004 deutlich stieg, blieb sie in Österreich im Wesentlichen konstant.



Health System Watch I/2006

Gesundheitsausgaben pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten

Tabelle A2:

	Gesundheitsausgaben pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten						Index EU25=100					
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Österreich	1.338	2.255	2.714	2.778	2.862	2.951	113	146	141	135	131	120
Belgien	1.345	1.820	2.279	2.424	2.607	2.827	113	118	118	118	119	115
Dänemark	1.567	1.848	2.382	2.556	2.655	2.763	132	120	124	125	122	112
Deutschland	1.748	2.276	2.671	2.784	2.916	2.996	147	147	139	136	134	122
Estland	301 ²	240	554	519	625	718	25	16	29	25	29	29
Finnland	1.422	1.433	1.718	1.857	2.013	2.118	120	93	89	91	92	86
Frankreich	1.568	2.033	2.456	2.617	2.762	2.903	132	132	128	128	126	118
Griechenland	840	1.253	1.617	1.756	1.854	2.011	71	81	84	86	85	82
Irland	793	1.216	1.804	2.089	2.386	n.v.	67	79	94	102	109	n.v.
Italien	1.391	1.535	2.049	2.154	2.248	2.258	117	99	107	105	103	92
Lettland	161	138	338	387	451	514	14	9	18	19	21	21
Litauen	162	188	426	483	609	667	14	12	22	24	28	27
Luxemburg	1.547	2.059	2.722	2.940	3.190	n.v.	130	133	142	143	146	n.v.
Malta	n.v.	n.v.	1.380	1.057	1.596	1.635	n.v.	n.v.	72	52	73	66
Niederlande	1.438	1.826	2.259	2.520	2.775	2.976	121	118	117	123	127	121
Polen	296	417	587	646	677	n.v.	25	27	31	31	31	n.v.
Portugal	670	1.079	1.594	1.693	1.758	1.797	56	70	83	83	80	73
Schweden	1.579	1.738	2.273	2.403	2.594	n.v.	133	113	118	117	119	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	597	641	716	777	n.v.	n.v.	31	31	33	32
Slowenien	311	975	1.389	1.405	1.643	1.685	26	63	72	68	75	68
Spanien	875	1.198	1.525	1.618	1.728	1.835	74	78	79	79	79	75
Tschechien	555	873	962	1.063	1.187	1.298	47	57	50	52	54	53
Ungarn	586 ¹	676	857	975	1.115	n.v.	49	44	45	48	51	n.v.
Vereinigtes Königreich	986	1.374	1.833	2.032	2.231	n.v.	83	89	95	99	102	n.v.
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	1.187	1.071	1.183	n.v.	n.v.	n.v.	58	49	48
EU25*	1.189	1.545	1.924	2.051	2.184	2.461	100	100	100	100	100	100
EU15* („alte EU“)	1.344	1.735	2.167	2.307	2.448	2.580	113	112	113	112	112	105
EU10* („neue EU“)	367	515	686	757	833	1.036	31	33	36	37	38	42
EU12* (Euro-Zone)	1.403	1.803	2.225	2.353	2.483	2.577	118	117	116	115	114	105
Bulgarien	244	214 ³	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	21	14	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Rumänien	79	142	263	239	276	298	7	9	14	12	13	12
Kroatien	n.v.	358 ³	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	23	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mazedonien	n.v.	n.v.	229	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	12	n.v.	n.v.	n.v.
Türkei	166	185	452	438	465	505	14	12	23	21	21	21
Schweiz	2.033	2.579	3.182	3.362	3.649	3.781	171	167	165	164	167	154
USA	2.738	3.654	4.539	4.888	5.287	5.635	230	237	236	238	242	229

*bevölkerungsgewichtet; ¹1991, ²1992, ³1994

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2006; OECD Health Data, Juni 2005 für die USA; Statistik Austria, Februar 2006 für Österreich, IHS HealthEcon Berechnungen 2006.





Tabelle A3:

Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes								Index EU25=100					
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Österreich	7,0	9,7	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6	93	114	110	109	107	101
Belgien	7,4	8,4	8,7	8,8	9,1	9,6	n.v.	98	99	102	101	102	101
Dänemark	8,5	8,2	8,4	8,6	8,8	9,0	n.v.	113	96	98	99	99	95
Deutschland	8,5	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1	n.v.	113	125	124	124	122	117
Estland	4,5 ²	5,9	5,5	5,1	5,1	5,3	5,5	60	69	64	58	57	56
Finnland	7,8	7,5	6,7	6,9	7,2	7,4	n.v.	104	88	78	79	81	78
Frankreich	8,6	9,5	9,3	9,4	9,7	10,1	n.v.	114	112	109	108	109	106
Griechenland	7,4	9,6	9,9	10,2	9,8	9,9	n.v.	98	113	116	117	110	104
Irland	6,1	6,8	6,3	6,9	7,3	n.v.	n.v.	81	80	74	79	82	n.v.
Italien	7,9	7,3	8,1	8,2	8,4	8,4	n.v.	105	86	95	94	94	88
Lettland	2,5	4,2	4,8	5,0	4,9	5,0	3,3	33	49	56	57	55	53
Litauen	3,3	4,9	6,0	5,7	5,9	5,7	6,0	44	58	70	65	66	60
Luxemburg	6,1	6,4	5,5	5,9	6,1	n.v.	n.v.	81	75	64	68	69	n.v.
Malta	n.v.	n.v.	8,0	8,0	9,1	9,3	9,2	n.v.	n.v.	93	92	102	97
Niederlande	8,0	8,4	8,3	8,7	9,3	9,8	n.v.	106	99	97	100	104	103
Polen	4,9	5,6	5,7	6,0	6,0	n.v.	n.v.	65	66	67	69	67	n.v.
Portugal	6,2	8,2	9,2	9,4	9,3	9,6	n.v.	82	96	107	108	104	101
Schweden	8,4	8,1	8,4	8,8	9,2	n.v.	n.v.	112	95	98	101	103	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	5,5	5,6	5,7	5,9	n.v.	n.v.	n.v.	64	64	64	62
Slowenien	5,6	7,8	8,0	8,2	8,9	8,8	8,6	75	92	93	94	100	92
Spanien	6,7	7,6	7,4	7,5	7,6	7,7	n.v.	89	89	86	86	85	81
Tschechien	4,7	6,9	6,6	6,9	7,0	7,3	7,1	62	81	77	79	79	77
Ungarn	7,1 ¹	7,5	7,1	7,4	7,8	n.v.	n.v.	94	88	83	85	88	n.v.
Vereinigtes Königreich	6,0	7,0	7,3	7,5	7,7	n.v.	n.v.	80	82	85	86	86	n.v.
Zypern	4,5	4,9	5,6	5,6	5,9	6,3	n.v.	60	58	65	64	66	66
EU25*	7,5	8,5	8,6	8,7	8,9	9,5	n.v.	100	100	100	100	100	100
EU15* („alte EU“)	7,7	8,7	8,8	8,9	9,1	9,6	n.v.	102	102	102	102	102	101
EU10* („neue EU“)	5,1	6,3	6,2	6,4	6,5	6,8	n.v.	68	74	72	73	73	71
EU12* (Euro-Zone)	8,0	9,0	9,1	9,2	9,4	9,7	n.v.	106	106	106	106	106	101
Bulgarien	5,2	4,7 ⁴	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	69	56	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Rumänien	2,8	3,2	4,1	4,1	4,2	4,1	3,7	37	38	48	47	47	43
Kroatien	10,5	9,0 ⁴	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	139	106	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mazedonien	2,3 ¹	8,8 ³	4,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	30	103	53	n.v.	n.v.	n.v.
Türkei	3,6	3,4	6,6	7,4	7,3	7,5	7,5	48	40	77	85	82	78
Schweiz	8,3	9,7	10,4	10,9	11,1	11,5	n.v.	110	114	121	125	125	121
USA	11,9	13,3	13,1	13,8	14,6	15,0	n.v.	158	156	153	158	164	158

*BIP-gewichtet; ¹1991, ²1992, ³1993, ⁴1994

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2006; OECD Health Data, Juni 2005 für die USA; Statistik Austria, Februar 2006 für Österreich, IHS HealthEcon Berechnungen 2006.

Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes





Öffentliche Gesundheits- ausgaben in Prozent der gesamten Gesundheits- ausgaben

Tabelle A4:

Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben								Index EU25=100					
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Österreich	73,5	69,3	69,9	69,5	70,5	70,3	70,7	94	90	93	91	93	94
Belgien	n.v.	69,5	70,5	71,4	71,2	73,2	n.v.	n.v.	91	93	94	94	98
Dänemark	82,7	82,5	82,4	82,7	82,9	83,0	n.v.	106	107	109	109	109	111
Deutschland	76,2	80,5	78,6	78,4	78,6	78,2	n.v.	98	105	104	103	103	105
Estland	n.v.	88,0 ³	76,7	77,8	76,3	75,5	n.v.	n.v.	115	102	102	100	101
Finnland	80,9	75,6	75,1	75,9	76,3	76,5	n.v.	104	98	100	100	100	102
Frankreich	76,6	76,3	75,8	75,9	76,1	76,3	n.v.	98	99	100	100	100	102
Griechenland	53,7	52,0	52,6	54,2	51,6	51,3	n.v.	69	68	70	71	68	69
Irland	71,9	71,6	73,3	75,6	75,2	n.v.	n.v.	92	93	97	99	99	n.v.
Italien	79,1	71,9	73,5	75,8	75,4	75,1	76,4	101	94	97	100	99	101
Lettland	100,0	95,0	73,7	68,3	67,9	65,7	73,8	128	124	98	90	89	88
Litauen	90,0	86,3	72,4	71,8	68,3	69,0	70,6	115	112	96	94	90	92
Luxemburg	93,1	92,4	89,7	89,8	85,4	n.v.	n.v.	119	120	119	118	112	n.v.
Malta	n.v.	n.v.	76,6	77,8	79,7	80,1	78,2	n.v.	n.v.	101	102	105	107
Niederlande	67,1	71,0	63,1	62,8	62,5	62,4	n.v.	86	92	84	83	82	84
Polen	91,7	72,9	70,0	71,9	72,4	n.v.	n.v.	117	95	93	95	95	n.v.
Portugal	65,5	62,6	69,5	70,6	70,5	69,7	n.v.	84	82	92	93	93	93
Schweden	89,9	86,6	84,9	84,9	85,3	n.v.	n.v.	115	113	112	112	112	n.v.
Slowakei	n.v.	91,7 ⁴	89,4	89,3	89,1	88,3	n.v.	n.v.	119	118	117	117	118
Slowenien	100,0	89,7	86,6	86,7	78,5	78,8	79,0	128	117	115	114	103	106
Spanien	78,7	72,2	71,6	71,2	71,3	71,2	n.v.	101	94	95	94	94	95
Tschechien	97,4	92,7	91,4	91,4	91,1	91,4	91,2	125	121	121	120	120	122
Ungarn	89,1 ¹	84,0	70,7	69,0	70,2	n.v.	n.v.	114	109	94	91	92	n.v.
Vereinigtes Königreich	83,6	83,9	80,9	83,0	83,4	n.v.	n.v.	107	109	107	109	110	n.v.
Zypern	40,0	35,5	43,2	44,2	46,8	50,5	n.v.	51	46	57	58	61	68
EU25*	78,1	76,8	75,5	76,1	76,1	74,7	n.v.	100	100	100	100	100	100
EU15* („alte EU“)	77,4	76,5	75,4	76,0	76,1	74,3	n.v.	99	100	100	100	100	100
EU10* („neue EU“)	92,7	81,7	76,7	76,6	76,6	84,1	n.v.	119	106	102	101	101	113
EU12* (Euro-Zone)	75,9	75,0	74,1	74,5	74,4	74,2	n.v.	97	98	98	98	98	99
Bulgarien	100,0	100,0 ²	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	128	130	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Rumänien	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	128	130	132	131	131	134
Kroatien	100,0	100,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	128	130	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mazedonien	98,9 ¹	97,8 ²	93,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	127	127	124	n.v.	n.v.	n.v.
Türkei	61,0	70,3	62,9	68,2	69,4	70,9	71,5	78	92	83	90	91	95
Schweiz	52,4	53,8	55,6	57,1	57,9	58,5	n.v.	67	70	74	75	76	78
USA	39,6	45,3	44,2	44,8	44,9	44,4	n.v.	51	59	59	59	59	59

*gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben; ¹1991, ²1994, ³1996, ⁴1997

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2006; OECD Health Data, Juni 2005 für die USA;

Statistik Austria, Februar 2006 für Österreich, IHS HealthEcon Berechnungen 2006.

